

NOMBRE DEL PROGRAMA: REHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA RED DE SALUD

 PROGRAMA REGULARIZADO - VERSIÓN: 6
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROBLEMA

Personas de 18 años y más, inscritas en la Atención Primaria de Salud, con condiciones de salud presentan deterioro en su funcionamiento.

PROPÓSITO

Personas de 18 años y más, inscritas en la Atención Primaria de Salud, con condiciones de salud mejoran su funcionamiento.

DIAGNÓSTICO

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), es una clasificación de referencia y junto con la CIE constituyen las clasificaciones más importantes de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. Está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales; el primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras; el segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones; el tercer componente, la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones. Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. Discapacidad es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Por el contrario, funcionamiento es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores contextuales. Los factores contextuales pueden ser externos (ambientales) o internos (personales). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el carácter, etc. El impacto de los factores contextuales es tan importante que respecto al funcionamiento pueden actuar como facilitadores o como barreras. Basado en este modelo conceptual, el deterioro en el funcionamiento puede estar originado tanto por una condición de salud que originará una deficiencia, por los factores contextuales ambientales y los factores contextuales personales. De acuerdo a la misma CIF/OMS, se entenderá como "condición de salud" toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia con las actividades diarias. Dichas condiciones pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, o incluso reflejar otros estados relacionados con la salud como el embarazo.

La rehabilitación es definida por la OMS "un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos, en interacción con su entorno", cuando se diseñan programas de rehabilitación, estos dirigen sus acciones a mejorar el funcionamiento (Organización Mundial de la Salud, 2017), una mejora en el funcionamiento impactará positivamente en la participación social. Esto implica por una parte, acciones terapéuticas orientadas al manejo de síntomas como el dolor, (estructuras), el desarrollo de otras orientadas al desempeño en funciones como la marcha (funciones) entregar herramientas y desarrollar competencias para ir mejorando progresivamente el desempeño en la variedad de actividades de la vida diaria que son relevantes y significativas para su edad (actividades) y, por otra, trabajar en el ambiente para disminuir las barreras que dificultan la ejecución de actividades y la participación social. Luego, los ámbitos de acción de la rehabilitación son el cuerpo humano (estructuras y funciones) y el ambiente y sus barreras (para mejorar la relación entre las personas y el entorno).

El estudio sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo (Global Burden of Disease, GBD año 2017) del Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington, es un estudio exhaustivo sobre la pérdida de salud, diseñado para capturar patrones complejos de enfermedades y la carga de ellas en la población, medidos en términos de muertes, años vividos con discapacidad (YLDs) y años de vida ajustados por discapacidad (DALYs). Los patrones de pérdida de salud están condicionados al envejecimiento de la población, al aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y a un incremento de los factores de riesgo. En Chile, entre los años 1990 y 2017, los años de vida ajustados a discapacidad (DALYs) se han incrementado en un 20% representando pérdida de años de vida saludable. Así mismo, uno de los componentes de los DALYs, los años vividos con discapacidad (YLDs) han incrementado su proporción respecto a los años perdidos por muerte prematura (YLLs), en este contexto y con el aumento de la esperanza de vida en el país, estos años se ganan con deterioro en el funcionamiento o discapacidad, espacio en donde la rehabilitación pasa a tener un rol fundamental para aportar calidad de vida, actuando de manera precoz y oportuna contribuye a mejorar el funcionamiento, disminuyendo complicaciones, secuelas, discapacidad o dependencia. Según el Global Burden Disease de Chile, las ENTs generan 3.485.024 años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), siendo en orden de frecuencia las más importantes las neoplasias, los trastornos musculoesqueléticos, las enfermedades

cardiovasculares, desórdenes mentales y las otras no transmisibles, estas condiciones de salud, salvo las neoplasias, son abordadas en la APS. Los resultados de este mismo estudio estiman que las personas de 18 y más que presentarán deterioro del funcionamiento, y por ende requerirán de rehabilitación, son 3 de cada 8, es decir con los datos del último Censo nacional, llegarían a 13.314.848.

Es importante señalar que este es el único estudio que ha estimado el deterioro del funcionamiento, expresándolo como "necesidades de rehabilitación". Sin embargo, podemos tener una visión aproximada de la evolución del problema a través de la prevalencia de la discapacidad, que es el principal efecto de la no intervención en el deterioro del funcionamiento, en la Encuesta Nacional de Discapacidad de 2004 la prevalencia de discapacidad en población general llegaba a 12,9%, en personas de 15 a 64 años era de 11,5% y en personas de 65 y más años alcanzaba el 43,4%; en el II Estudio Nacional de la Discapacidad de 2015 las personas adultas (18 y más) tenían el 20% de prevalencia de discapacidad; por último en el III Estudio Nacional de Discapacidad y Dependencia de 2022 las personas mayores de 18 años tienen una prevalencia estimada de 17,6%.

La evidencia internacional muestra, que en dolor lumbar persistente las intervenciones con mayor efectividad son aquellas que apuntan a la disminución del dolor (fisioterapia), el aumento de la tolerancia al ejercicio y el desempeño en Actividades de la Vida Diaria, todas en entornos comunitarios (Kamper S, Apeldoorn A, Chiarotto A, Smeets R, Ostelo R, Guzman J et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain, 2014/ Schofield D, Callander E, Shrestha R, Percival R, Kelly S, Passey M. Labour force participation and the influence of having back problems on income poverty in Australia. / Da Costa L, Maher C, Hancock M, Hancock M, McAuley J, Herbert R, et al. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis/ Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally.). La información disponible para artrosis y artritis es similar, incorporando, además, actividades educativas para influir en estilo de vida y trabajo con la comunidad para modificar factores contextuales (Schofield D, Callander E, Shrestha R, Percival R, Kelly S, Passey M. Labour force participation and the influence of having arthritis).

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2025 (Miles de \$ 2024)	Producción estimada 2025 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2025 (Miles de \$ 2024)
Rehabilitación Integral en Atención Primaria	19.184.615	159.320 (personas atendidas)	120,42
Gasto Administrativo	61.585		
Total	19.246.200		
Porcentaje gasto administrativo	0%		
Variación porcentual del gasto respecto a presupuesto inicial 2024	26,55%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2025 (cuantificación)
Población Potencial	Personas de 18 años y más inscritas en la Atención Primaria de Salud, que podrían presentar deterioro del funcionamiento. Todas las personas adultas que se encuentran inscritas en APS podrían presentar condiciones de salud agudas o crónicas, que afecten su funcionamiento.	11.959.122 Personas
Población Objetivo	Personas de 18 años y más, inscritas en la Atención Primaria de Salud, que presentan deterioro en su funcionamiento por condiciones de salud.	4.484.670 Personas
Población Beneficiaria	Personas de 18 años y más, inscritas en la Atención Primaria de Salud, que presentan deterioro en su funcionamiento por condiciones de salud. Las personas son derivadas al programa desde la atención con el médico, ya sea en establecimientos de APS o en algún otro nivel de la red asistencial. El primer criterio de priorización es el orden de llegada de dichas derivaciones, hasta agotar los cupos del programa.	159.320 Personas

Gasto por beneficiario 2025 (Miles de \$2024)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2025 (Meta)	2026	2027	2028
121 por cada beneficiario (Personas)	159.320	175.252	192.777	212.055

Concepto	2025
Cobertura (Objetivo/Potencial)	37%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	4%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de personas que mejoran su funcionamiento	(Número personas ingresadas mejoran su funcionamiento en el año t/ Total de personas ingresadas en el año t)*100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	30%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de personas que cumplen con su Plan de Tratamiento Integral	(Número personas que cumplen con su PTI en el año t/ Total de personas ingresadas en el año t)*100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	80%

II. EVALUACIÓN

1. Atingencia : Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

2. Coherencia: Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

3. Consistencia: Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.